

# territorium



14

## COMUNICAÇÃO DO RISCO E GESTÃO DA AMEAÇA PANDÊMICA

Lúcio Meneses de Almeida

lucioalmeida@arscentro.min-saude.pt

Médico especialista em Saúde Pública

Serviços Regionais de Saúde Pública, ARS do Centro, Coimbra

## RESUMO

A comunicação do risco é um processo interativo de troca de informação sobre risco (natureza, gravidade e aceitabilidade) entre indivíduos, grupos e instituições relativo a situações que ameçam a saúde, a segurança ou o ambiente. A comunicação do risco é um instrumento fundamental de gestão do risco quando inclui conselhos redutores do risco. A "gripe das aves", epizootia pelo vírus influenza A (H5N1) é um dos exemplos actuais da relevância dos comunicadores do risco na gestão de uma ameaça. Cabe aos médicos de saúde pública peritos em comunicação do risco promover a adequação do nível de consciencialização do público relativamente a este problema.

**Palavras chave:** Risco, comunicação do risco, infecção A (H5N1), ameaça pandémica.

## ABSTRACT

Risk communication is an interactive process of exchange of information on risk (nature, severity and acceptability) among individuals, groups and institutions concerning issues that pose a threat to health, safety or environment. Risk communication is a fundamental tool of risk management when it includes risk reduction advices. Avian influenza, an epizooty caused by H5N1 virus, is a current example of the relevance of risk communicators in the management of a threat. Public health doctors, with an expertise on risk communication, should act as promoters of an appropriate level of risk perception concerning avian influenza through the empowerment of the public.

**Key words:** Risk, risk communication, virus A (H5N1) infection, pandemic threat.

## RESUMÉ

La communication du risque est un processus interactif de change d'information sur le risque (nature, sévérité et acceptabilité) entre les individus, les groupes et les institutions concernant les situations que menace la santé, la sécurité ou l'environnement. La communication du risque est un outil fondamental de la gestion du risque quand elle inclue des conseils sur la minimisation du risque. La grippe aviaire, épidémie causée par le virus H5N1, est un exemple actuel de l'importance des communicateurs du risque dans la gestion d'une menace. Les docteurs en santé publique experts en communication du risque doivent agir comme promoteurs de l'adéquation au niveau de la perception du risque de la grippe aviaire par le publique.

**Mots clé :** Risque, communication du risque, infection par le virus A (H5N1), menace pandémique.

## Introdução

Desde sempre que as epidemias assolaram a Humanidade, causando doença, morte e incalculáveis prejuízos económicos. A peste negra da Idade Média ou a "gripe espanhola" ("pneumónica") do final da I Grande Guerra, são alguns dos exemplos de pandemias (epidemias à escala global) que ceifaram milhões de vidas em todo o Mundo.

As primeiras pandemias de gripe documentadas ocorreram no século XVI: desde então o Mundo tem assistido a uma média de 3 pandemias por século, ocorrendo com intervalos entre 10 a 50 anos (WHO, 2005). A mais mortal de todas terá sido a pandemia de 1918-19 em que estimativas recentes actualizaram a estimativa do excesso de óbitos em todo o Mundo de 20 a 40 milhões para 50 a 100 milhões (Johnson & Mueller, 2002 citados por Osterholm, 2005).

Em 1996 foi isolado num ganso doméstico na província de Guandong, na China, uma variante altamente patogénica (HPAIV - *highly pathogenic avian influenza virus*) de um vírus *influenza A* desconhecido até então: o vírus H5N1. Posteriormente, em 1997, são notificados na RAE de Hong Kong surtos em aves domésticas e os primeiros casos humanos de infeção por este vírus (WHO, 2006).

Apesar de não haver evidência epidemiológica ou laboratorial de transmissão inter-humana (pressuposto necessário para a emergência duma epidemia global), este facto despertou preocupação por parte da comunidade científica internacional, e em particular da Organização Mundial da Saúde, uma vez que se tratava dum vírus animal completamente novo (para o qual virtualmente toda a população mundial é susceptível) e altamente virulento - dos 18 casos humanos então identificados, predominantemente indivíduos jovens e previamente saudáveis, 6 faleceram em consequência da doença.

Em Janeiro de 2005, e face à evidência epidemiológica e laboratorial disponível, o então Director-Geral da OMS Dr. Lee Jong-wook alertava para a ameaça de uma pandemia de gripe: "*During 2004, the world moved closer to a further pandemic than it has been any time since 1968*", sendo a informação ao público e aos profissionais ("informação e comunicação em saúde pública") preconizada em todas as fases (WHO, 2005). Esta inclui a divulgação de informação sobre riscos e evicção do risco (*risk avoidance*) dirigida a populações-alvo (*tailored*), incluindo a divulgação das medidas universais de higiene e de informação preparatória para as fases seguintes (WHO, 2005).

Apesar do risco de infeção humana pelo vírus A (H5N1) ser, presentemente, muito baixo - considerando que para uma população mundial de 6,5 mil milhões de pessoas, foram notificados desde

2003 cerca de 280 casos - e da via alimentar ser uma via de transmissão muito pouco provável ou mesmo teórica (ECDC, 2006), a percepção do risco por parte do público traduziu-se em alguns países pela redução acentuada do consumo de produtos avícolas sempre que era noticiado um surto aviário num país ou região mais ou menos distante e por níveis de ansiedade dissonantes do conhecimento científico disponível.

Quando se verificaram os primeiros casos animais de infeção pelo vírus A (H5N1) na Europa (Roménia), verificaram-se quebras de consumo de produtos avícolas entre 40% a 80% em países como a Grécia ou Itália; em contrapartida no Reino Unido o consumo decresceu apenas 5% quando da identificação dos primeiros casos em aves naquele país (Bio-era, 2006).

O restaurar da confiança nas autoridades - previamente abalada por crises de segurança alimentar como a encefalopatia espongiforme bovina (BSE), mas que tiveram como consequência a criação de instituições governamentais na área da segurança alimentar - terá contribuído para a estabilidade do comportamento dos consumidores verificado no Reino Unido (Bio-era, 2006).

O potencial pandémico de um qualquer novo vírus da gripe, como o vírus A (H5N1), permite a construção de cenários profundamente disruptores, não obstante não ser possível prever a emergência da próxima pandemia de gripe, nem tão pouco qual o próximo vírus pandémico.

Os órgãos de comunicação social são instrumentos fundamentais de globalização da sociedade em todas as suas vertentes, incluindo na vertente da percepção do risco. Recentemente (Fevereiro de 2007), um surto aviário em Inglaterra, numa unidade industrial de engorda de perus localizada em Holton (Suffolk) foi alvo de particular atenção por parte da comunicação social em todo o Mundo tendo, inclusivamente, motivado o envio pelo Governo português do Autor, na qualidade de perito da Direcção-Geral da Saúde.

Essa missão de observação reforçou a convicção do Autor da imprescindibilidade de médicos de saúde pública, peritos em comunicação do risco, na gestão de ameaças à saúde humana potencialmente geradoras de alarme social.

O presente artigo faz uma breve caracterização do risco associado à presente zoonose ("pandemia" animal) pelo vírus A (H5N1).

O autor destaca a comunicação do risco como instrumento fundamental de gestão da ameaça pandémica, traduzida pela divulgação de informação geral e sectorial compreensível, mas cientificamente fundamentada.

## Gripe e suas implicações em saúde pública

*"La grippe se caractérise par sa rapidité d'extension. En 1918, elle a atteint l'Europe en 6 semaines, la surface du globe en 6 mois. La soudaineté des explosions est précédée de périodes préannonciées pendant lesquelles quelques cas se déclarent. En fait, la grippe se propage de proche en proche, en fonction des communications interhumaines. (...) Elle touche les 2/3, les 4/5 de la population, sa létalité est variable"*

Sédallian P, Schier R. Précis d'hygiène et d'épidémiologie. Paris: Masson et Cie Éditeurs, 1949

*"Pandemics are global in nature, but their impact is local. When the next pandemic strikes, as it surely will, it is likely to touch the lives of every individual, family and community"*

Michael O. Ievitt, Secretary (US Department of Health and Human Services)

A gripe é uma doença respiratória aguda causada pelos vírus *influenza* (família *orthomyxoviridae*) A e B. Apesar da seroprevalência da infecção pelo vírus C, este tem escassa relevância clínico-epidemiológica.

Os vírus *influenza*, vírus monocatenares de RNA, são genomicamente muito instáveis, pelo que se verificam todos os anos surtos de intensidade e gravidade variáveis, traduzidos por morbidade significativa na população geral (absentismo escolar e laboral) e mortalidade nos grupos com risco acrescido de complicações decorrentes da infecção gripal sazonal (caso dos idosos ou portadores de doenças crónicas) (MENESES DE ALMEIDA, 2006).

A gripe sazonal afecta todos os anos afecta 100 milhões de pessoas no hemisfério Norte, sendo responsável por cerca de 1 700 mortes no nosso País (MENESES DE ALMEIDA, 2006). Considerando a taxa de ataque bruta da gripe sazonal entre 5 a 10% da população em geral, estima-se que todos os anos adoeçam entre 500 000 a 1 000 000 de portugueses (MENESES DE ALMEIDA, 2006).

A gravidade da infecção pelos vírus da gripe depende do grau de identidade antigénica relativamente aos vírus a que um indivíduo foi previamente exposto – seja por vacinação, seja por infecção natural. O anticorpo hemaglutinina (H) é o determinante mais importante de imunidade, uma vez que o antígeno H facilita a adesão do vírus *influenza* aos receptores das células do hospedeiro (riofaringe).

No que diz respeito ao impacto da doença na comunidade, este varia não só em função da memória imunológica relativamente ao vírus em questão, mas

também do grupo etário. Atendendo a que as crianças têm uma menor probabilidade de ter sido expostas aos vírus da gripe, a taxa de ataque (i.e., a proporção de afectados) para este grupo etário é substancialmente superior à dos adultos, além de desempenharem um papel "amplificador" da doença na comunidade (albergam os vírus da gripe durante mais tempo dos que os adultos – "shedding" de maior duração).

A gripe pandémica é provocada por vírus completamente novos (vírus A), para os quais não existe memória imunológica, afectando entre 25 a 30% da população mundial. Nos últimos 300 anos terão ocorrido 10 pandemias: estima-se que a pandemia de 1918-19 ("pneumónica" ou "gripe espanhola") tenha sido uma das mais mortais, sendo-lhe imputadas 50 a 100 milhões de mortes em todo o Mundo (OSTERHOLM, 2007).

O número de mortes relacionadas com uma qualquer epidemia depende da letalidade do agente infeccioso, da taxa de ataque da doença e da

Tabela 1 – Pandemias do século XX.

ANO	SUBTIPO	GRAVIDADE
1889-90	H2N8	Pandemia grave
1900-03	H3N8	Epidemia moderada ?
1918-19	H1N1	Pandemia grave
1933-35	H1N1	Epidemia moderada
1946-47	H1N1	Epidemia moderada
1957-58	H2N2	Pandemia grave
1968-69	H3N2	Pandemia moderada
1977-78	H1N1	Pandemia suave

(Adaptado de Dolin R. *Influenza*. In: Fauci AS et al. (editores). *Harrison's principles of internal medicine*, 14<sup>th</sup> edition. New York: McGrawHill, 1998)

população em risco (que no caso da gripe pandémica corresponde à população mundial uma vez que não existe, por definição, memória imunológica para os vírus pandémicos).

Assim, mesmo que o próximo vírus pandémico venha a ter uma letalidade inferior à do vírus da pandemia de 1918 (estimada em 2 a 3% - ECDC, 2007), o simples facto da população mundial ser, na actualidade, mais de três vezes superior fará com que o impacto da próxima pandemia seja apreciável (OSTERHOLM, 2007).

Não obstante este facto, o impacto da próxima pandemia de gripe depende de vários "factores prognósticos" (positivos e negativos). Como factores prognósticos positivos, existe uma rede mundial de vigilância epidemiológica e laboratorial que permite identificar e gerir precocemente surtos e identificar alterações no genoma viral compatíveis com o aumento do potencial de transmissão inter-humana,

bem como disseminar instantaneamente essa informação, sendo o estado do conhecimento médico e farmacológico incomensuravelmente superior ao do início do século XX.

No entanto, a maior prevalência de imunodeprimidos decorrente, nomeadamente, do envelhecimento global da população e da pandemia de HIV/SIDA, aliada à inequidade no acesso global aos cuidados de saúde, são factores prognósticos negativos relativamente ao impacte (em termos de morbimortalidade) da próxima pandemia de gripe.

### Gripe zoonótica: a infecção humana pelo vírus A (H5N1)

Em 1996 é isolado a partir dum ganso dum quinta na província de Guangdong, na China, uma estripe altamente patogénica do vírus A (H5N1) (WHO, 2006). No ano seguinte, são notificados surtos em aves domésticas na Região Administrativa Especial de Hong Kong (WHO, 2006).

Nesse mesmo ano de 1997 ocorrem os primeiros casos de infecção pelo vírus A (H5N1) em humanos, também em Hong Kong, dos quais 6 foram fatais (WHO, 2005; WHO, 2006). O abate sanitário de milhões de aves – só em Hong Kong foram abatidas 1,5 milhões de aves em apenas três dias (WHO, 2005) – e a ausência de novos casos de doença por este vírus aviário em humanos, fizeram com que a comunidade internacional respirasse de alívio, face à aparente contenção do surto animal.

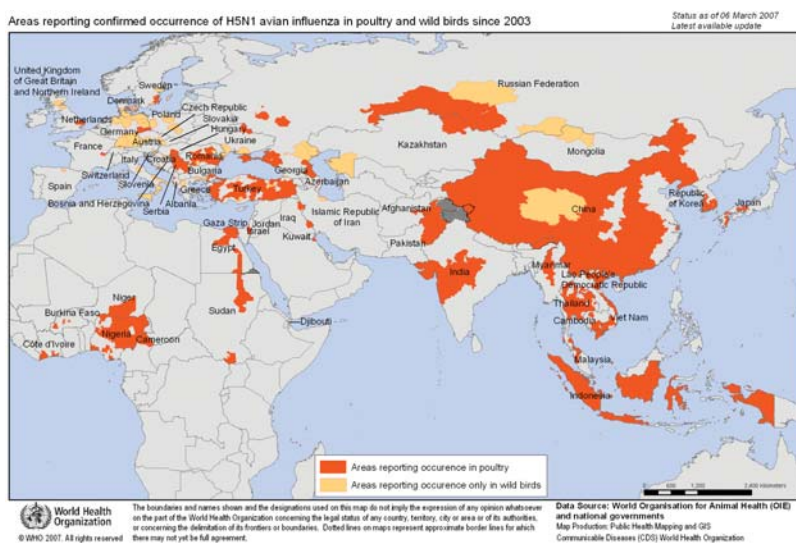
No entanto, em Fevereiro de 2003 são relatados em Hong Kong dois novos casos confirmados de

doença pelo vírus A (H5N1) – um dos quais fatal – em dois familiares com história recente de estadia na China Continental e um terceiro caso (fatal) da mesma família, não confirmado laboratorialmente (WHO, 2006). Durante todo o ano de 2003 ocorrem surtos na Ásia, incluindo noutras espécies animais em cativeiro (felídeos), e em Janeiro de 2004 são notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS) novos casos de doença humana pelo vírus A (H5N1) em humanos no Vietname e na Tailândia (WHO, 2006).

A avaliação do risco decorrente da emergência dum vírus da gripe completamente novo, ainda que não transmissível de pessoa-a-pessoa e da transmissão da infecção (por via zoonótica) ser pouco eficiente, resulta do facto de que cada nova infecção humana é uma nova oportunidade para o vírus mudar e adquirir características compatíveis com uma transmissão inter-humana eficiente e sustentada – seja por recombinação genética (que pressupõe a co-infecção dum hospedeiro por vírus da gripe humano e aviário) seja por mutação adaptativa (processo sequencial de adaptação do vírus animal ao hospedeiro humano, com aumento do seu potencial de transmissão inter-humana).

As semelhanças entre o vírus pandémico de 1918 (H1N1) e o vírus zoonótico H5N1 consistem na sua elevada virulência, no facto de afectar predominantemente indivíduos jovens e previamente saudáveis e de se manifestar clinicamente na forma de um síndrome de dificuldade respiratória grave decorrente de pneumonia viral primária (WHO, 2005).

A evidência epidemiológica e laboratorial disponível permite concluir que a infecção humana pelo vírus H5N1 é, presentemente, adquirida por contacto próximo com aves infectadas (vivas ou



**Fig. 1** - Áreas que notificaram casos confirmados de H5N1 em aves domésticas ou selvagens desde 2003 - situação reportada a 6 de Março de 2007 (WHO, 2007).

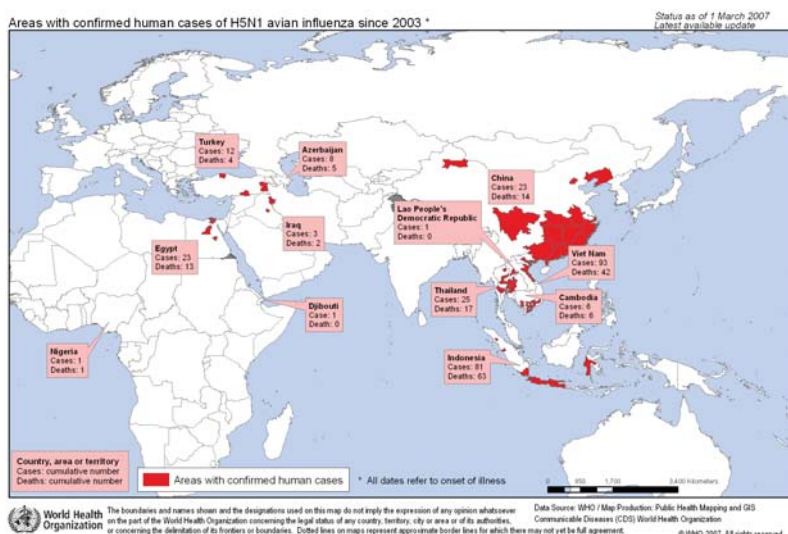


Figura 2 – Áreas afectadas que notificaram casos humanos confirmados de H5N1 desde 2003 - situação reportada a 1 de Março de 2007 (WHO, 2007) .

Retirado de [http://gmapservr.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\\_H5N1.inHumanCUMULATIVE\\_FIMS\\_20070301.png](http://gmapservr.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_H5N1.inHumanCUMULATIVE_FIMS_20070301.png) (Acedido em 06/03/2007)

mortas) ou por contacto com seus produtos biológicos (nomeadamente fezes e secreções) – ainda que a eficiência da transmissão animal-homem da infecção seja muito baixa (ECDC, 2006), conforme se pode verificar pelo reduzido número de casos humanos notificados em todo o Mundo (Quadro I).

No que diz respeito à via alimentar, considera-se que é uma via de infecção teoricamente possível, ainda que muito pouco provável (ECDC, 2006). O adequado processamento térmico dos produtos avícolas permite anular o perigo associado à exposição alimentar, uma vez que o vírus H5N1 é, presentemente, destruído a temperaturas usuais de confecção de alimentos e não existe evidência epidemiológica de casos em humanos associados ao consumo de aves contaminadas quando confeccionadas a temperaturas compatíveis com uma temperatura no “núcleo” dos alimentos igual ou superior a 70°C (WHO, 2006b).

Quadro I – Número de casos humanos confirmados laboratorialmente de doença pelo vírus A (H5N1) notificados à Organização Mundial de Saúde de 25/11/2003 a 01/03/2007 (datas de início de sintomas).

	2003	2004	2005	2006	2007*	TOTAL
Casos confirmados	4	46	97	116	14	277
Mortes relacionadas	4	32	42	80	9	167

\* Até 1 de Março de 2007.

Fonte: WHO (2007) - *Cumulative number of confirmed human cases of avian influenza A/ (H5N1) reported to WHO.* Disponível em [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2007\\_03\\_01/en/print.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2007_03_01/en/print.html) (acedido em 05/03/2007).

A evidência científica disponível no momento presente é compatível com a fase 3 do período de alerta pandémico da Organização Mundial da Saúde (Maio de 2005): casos esporádicos de infecção por novo sub-tipo de vírus em humanos, sem evidência de transmissão inter-pessoal ou, em casos raros, transmissão inter-pessoal limitada a contactos íntimos (WHO, 2005b) – ver tabela 2.

Em conclusão: presentemente, o risco de infecção pelos vírus aviários altamente patogénicos (HPAI) – nos quais se inclui o vírus A/H5N1 – é “mínimo” (ECDC, 2006), mesmo nas regiões do Globo em que existem múltiplas oportunidades de contacto com aves infectadas, como é o caso da maioria dos países asiáticos.

O nível mais elevado de risco de infecção humana está associado à exposição a aves domésticas criadas ou alojadas em quintais ou aviários domésticos que, por esse facto, não estão impedidas de contactar com aves migratórias (reservatório habitual dos vírus

Tabela 2 – Fases pandémicas: classificação da OMS. (adaptado de WHO global influenza preparedness plan, WHO, 2005).

Período interpandémico	Fase 1	Ausência de casos de infecção pelo vírus animal em humanos; risco de infecção em humanos baixo
	Fase 2	Ausência de casos de infecção pelo vírus animal em humanos; risco de infecção em humanos substancial
Período de alerta pandémico	Fase 3	Casos de infecção pelo estirpe animal em humanos mas ausência de transmissão interpessoal ou transmissão limitada a contactos próximos
	Fase 4	Pequenos clusters independentes e com limitada capacidade de transmissão interpessoal (altamente localizada)
	Fase 5	Clusters de maiores dimensões com capacidade de transmissão interpessoal limitada mas potencial pandémico substancial
Período pandémico	Fase 6	Transmissão (aumentada e sustentada) na população em geral

*influenza*) (ECDC, 2006). É, precisamente, nas áreas rurais do Sudeste Asiático em que a infecção animal tem um carácter enzoótico, que o risco de infecção pelo vírus A(H5N1) é maior (WHO, 2005).

Tal resulta do facto das medidas de controlo da infecção animal serem mais difíceis de implementar, não só porque as aves são elemento essencial da economia doméstica, mas também porque as várias espécies animais implicadas na filogénese dos vírus *influenza* convivem estreitamente entre si e com o Homem e porque os surtos são mais dificilmente detectáveis e controláveis do que em instalações industriais – além da inexistência de medidas de biosegurança nos aviários domésticos.

Na Europa – continente em que até à data não se verificaram casos humanos de gripe zoonótica pelo vírus A/H5N1 – e atendendo à segregação entre aves domésticas e humanos, o risco populacional é, na prática, limitado aos indivíduos envolvidos em actividades de controlo de surtos animais (caso dos trabalhadores de abate sanitário) e, eventualmente, aos residentes em áreas rurais que criam aves domésticas (em particular mulheres) ou que brincam com elas (crianças) (ECDC, 2006).

### Comunicação do risco e gestão da ameaça pandémica

*"(..) it is impossible to ignore the evident extreme confusion in the minds of the public between avian and pandemic influenza is striking. The perception of risk is massive while (...) the actual risk to the individual from avian influenza is incredibly low, even if they are exposed to infected poultry. Partially this is understandable since avian influenza can lead onto pandemic influenza and the two issues are commonly tackled together in publications. However this is leading to disproportionate anxiety and needs to be addressed urgently."*

(Interim ECDC risk assessment October 19th 2005 – updated January 5th 2006: The public health risk from highly pathogenic avian influenza viruses emerging in Europe with specific reference to type A/H5N1)

*"Communication is of fundamental importance in the regulation of risks. It allows people to participate in, or be effectively represented in, decisions about managing risks. As it plays a vital part in putting decisions into practice – whether helping people to understand regulations, informing them and advising them about risks they can control themselves, or dissuading them from antisocial and risky behaviour"*

Dr. Jim McQuaid, Chairman (International Liaison Group on Risk Assessment)

A comunicação do risco (*risk communication*) "é um processo interactivo de troca de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições" (US Department of Health and Human Services, 2002) relativa a acontecimentos ou situações que ameaçam a saúde ou a segurança dos indivíduos ou das comunidades.

A comunicação do risco é parte integrante do processo de análise do risco – que inclui a avaliação do risco (*risk assessment*) e a gestão do risco (*risk management*) (Meneses de Almeida, 2004). Apesar de independente da gestão do risco, a comunicação do risco assume-se como instrumento fundamental de gestão do risco em particular quando é veiculada informação relativa a atitudes ou comportamentos redutores do risco, além de contribuir para a prevenção ou controlo do alarme social associado (MENESES DE ALMEIDA, 2006b).

A gestão da ameaça pandémica na presente fase 3 do período de alerta pandémico, consiste em reduzir as oportunidades de exposição de humanos a animais infectados, primariamente através do controlo da doença animal e, secundariamente, através da prevenção de comportamentos associados à exposição inapropriada a animais potencialmente infectados (WHO, 2005c).

A articulação com outros sectores da sociedade, em particular o sector veterinário, e a divulgação de informação ao público em geral e a sub-grupos populacionais relativamente a medidas de prevenção e controlo da infecção de origem animal, são duas estratégias fundamentais na gestão do risco associado à presente fase.

Apesar dos avanços significativos nos últimos dois anos relativos à preparação pandémica dos países da União Europeia, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças chamou recentemente a atenção para a necessidade da "expansão" dos planos de contingência do sector da saúde para outros sectores da sociedade (nomeadamente educação, actividades económicas, serviços sociais, etc.) – em concordância com o mais do que certo impacte trans-sectorial duma pandemia de gripe (ECDC, 2007).

A OMS advoga a comunicação transparente com o público no que diz respeito à progressão do surto animal e contingências a prever, bem como a partilha de informação entre as autoridades de saúde e outros parceiros relevantes sobre "o que é conhecido e o que não é conhecido" (WHO, 2005b). Este último aspecto é da maior relevância, uma vez que a comunicação do risco inclui a comunicação da incerteza científica inerente a qualquer processo de tomada de decisão (i.e., de gestão do risco).

A identificação e difusão de mensagens-tipo (*key-messages*), mediante o desenvolvimento de materiais

de divulgação cientificamente fundamentados, actualizados e adequados aos vários públicos-alvo, são algumas das actividades a desenvolver pelos países tendo em vista a divulgação de informação relevante relativa à fase em questão e a preparação para a fase seguinte (WHO, 2005b; WHO, 2006; ECDC, 2006).

A OMS, a FAO e a UNICEF identificaram quatro comportamentos prioritários redutores do risco de infecção animal e humana pelo vírus H5N1, a incluir em mensagens destinadas à população (WHO, FAO, UNICEF, 2006):

\* Notificar (*report*) às autoridades letalidade ou doença não usual de aves ou outros animais;

\* Segregar (*separate*) aves domésticas de aves selvagens e de outros animais, bem como os efectivos recém-adquiridos dos restantes animais, dissuadindo o contacto de humanos (em particular crianças) com aves;

\* Lavar (*wash*) cuidadosamente as mãos com água e sabão, após contacto com aves ou antes da manipulação de alimentos;

\* Cozinhar (*cook*) adequadamente os alimentos, em particular os produtos avícolas (carne de aves e ovos completamente cozinhados).

Estas recomendações têm como público-alvo prioritário os países de menores rendimentos. Nestes países, os animais domésticos são parte fundamental da economia doméstica, pelo que eventuais surtos dificilmente serão notificados às autoridades; por outro lado, às deficientes condições higio-sanitárias e ao contacto muito próximo entre animais e humanos alia-se a inexistência de sistemas de vigilância epidemiológica e laboratorial efectivos.

Desta forma, e além da informação relativa a comportamentos redutores de risco, actualizada em função da evidência científica disponível, recomenda-se a abordagem de determinantes comportamentais culturais e socioeconómicos (por exemplo, indemnizações compensatórias pelo abate sanitário de aves) tendo em vista promover a adesão às medidas preconizadas (WHO, FAO, UNICEF, 2006).

No caso específico da fase pandémica – a declarar pelo Director-Geral da OMS em função duma avaliação global do risco, independente da situação epidemiológica de cada país – caberá às autoridades nacionais manter o público e restantes “*stakeholders*” informados sobre a evolução da pandemia e preparar o público para a sua instalação no país, mediante a divulgação de medidas retardadoras da sua progressão.

Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde ([www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)) criou no início de 2006 um *microsite* dedicado à gripe, contendo informação destinada aos profissionais (informação técnica), ao público e, pela especificidade deste grupo etário, às crianças. Este

último, sugestivamente intitulado “*ATCHIM: o lado divertido da gripe*”, pode ser acedido directamente através do endereço <http://gripeinfantil.dgsaude.min-saude.pt/atchim/>.

No *microsite* do Centro Regional de Saúde Pública do Centro, alojado na página web desta Direcção-Geral, encontra-se igualmente disponível informação destinada ao público (em “Conhecer saúde”/“Gripe das aves” e em “Publicações”/“Desdobráveis”) e aos profissionais de saúde (em “Material de apoio técnico”/“Gripe”).

## Conclusões

*“Todos sabem que os efeitos de uma epidemia serão tanto menores quanto maior for a preparação das respostas. (...) É a primeira vez que se antecipa um fenómeno desta escala. Sabe-se que a próxima pandemia de gripe tanto pode surgir dentro de seis meses como em seis anos. Se assim é, há que continuar em alerta, dando condições às sentinelas, mas sem alarme. Alerta sem alarme. Atentos. Informa-ções. Confiantes.”*

Dr. Francisco George, Director-Geral da Saúde

Nunca, como na actualidade, Portugal e o Mundo se dedicaram, tão intensamente, à preparação para uma ameaça incerta mas real. Desde 2005 que a OMS vem alertando o Mundo para a necessidade de se preparar para uma ameaça decorrente do vírus aviário A(H5N1) face ao seu potencial pandémico. Este último resulta de três factores fundamentais:

- Trata-se dum vírus completamente novo (virtualmente toda a população mundial é susceptível);
- Terem decorrido mais de 35 anos após a última pandemia;
- Carácter panzoótico da infecção – que condiciona uma maior probabilidade de exposição a animais infectados.

Considerando que cada novo caso de infecção humana aumenta o risco do vírus H5N1 poder adquirir características que possibilitem a transmissão inter-humana eficiente e sustentada (fase 6 – pandemia), a gestão do risco associado à presente fase 3 tem por objectivo reduzir as oportunidades de exposição de humanos a aves infectadas.

A vigilância laboratorial e epidemiológica tem um papel “diagnóstico” duma eventual pandemia de gripe, a que se aliam, numa vertente “terapêutica”, os planos de contingência de âmbito nacional (baseados nas orientações da OMS emanadas em 2005).

A gestão da ameaça pandémica é a gestão da incerteza na mais pura acepção da palavra – considerando que é impossível prever qual o próximo vírus pandémico e, como tal, qual o impacte da próxima pandemia (em termos de morbilidade, mortalidade e grau de disrupção sócio-económico).



À semelhança dos acidentes rodoviários, só através duma "apólice de seguro" é que os países poderão minorar o impacto duma eventual pandemia, independentemente da sua imprevisibilidade.

Essa apólice de seguro corresponde à preparação dos países, operacionalizada através dos seus planos de contingência para a pandemia de gripe, como o português. A finalidade dos planos nacionais de contingência é assegurar a resposta apropriada dos países a uma eventual pandemia (fase 6), sem esquecer as restantes fases de actividade gripal (fases 1 a 5).

No entanto, os planos de contingência de pouco valerão se o público não estiver devidamente informado e capacitado em termos de auto-prestação e procura apropriada de cuidados de saúde, facto que depende duma efectiva comunicação do risco durante as fases pré-pandémicas e fase pandémica.

Face à incerteza inerente à próxima pandemia de gripe, há que promover a capacitação da população sem, no entanto, desencadear o pânico - i.e., alertar sem alamar. De facto, quanto mais bem informado estiver o público, mais facilmente compreenderá o risco, aderirá às recomendações das autoridades e terá um papel activo na gestão do risco (SANDMAN & LAVARD, 2005).

No entanto, a comunicação inapropriada do risco mina a confiança e adesão do público às medidas preconizadas, comprometendo a efectividade das medidas de controlo (WHO, 2005d).

Desta forma, a comunicação do risco relacionado com ameaças à saúde das populações deve ser da responsabilidade de médicos de saúde pública com competências específicas em avaliação e comunicação do risco.

## Bibliografia

BIO-ERA (BIO ECONOMIC RESEARCH ASSOCIATES) (2006) - "A bio-era teleconference: recent H5N1 outbreaks: the evolving challenge of defining and communicating pandemic risk". June 22, 2006. *Bio Economic Research Associates, LLC*.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2006) - Interim ECDC risk assessment October 19th 2005 (updated January 5th 2006): *The public health risk from highly pathogenic avian influenza viruses emerging in Europe with specific reference to type A/H5N1*.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. INFLUENZA TEAM (2007) - "Pandemic preparedness in the European Union: multi-sectoral planning needed". *Euro Surveill*, vol. 12(2):E070222.1. Protocolo disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2007/070222.asp#1> (acedido em 01/04/2007).

MENESES DE ALMEIDA, Lúcio (2004) - "Análise e comunicação do risco em saúde pública: definições e conceitos". *Anamnesis*, vol. 13, nº 135, pp. 21-24.

MENESES DE ALMEIDA, Lúcio (2006) - *O papel dos serviços de saúde na gestão do risco pandémico* [apresentação em ppt]. Protocolo disponível: microsite do Centro Regional de Saúde Pública do Centro ("Material de apoio técnico") em <http://www.dgs.pt> [02 Março 2007].

MENESES DE ALMEIDA, Lúcio (2006b) - "Ambiente, saúde e análise do risco ambiental: o exemplo da vigilância sanitária das praias fluviais". *Territorium*, vol. 13, pp. 53-58.

OSIERHOLM, M.T. (2005) - "Preparing for the next pandemic". *New England Journal of Medicine*, vol. 352, nº 18, pp. 1839-1842.

SANDMAN, Peter M.; LAVARD, Jody (2005) - "Bird flu: communicating the risk". *Perspectives in health*, vol. 10, nº 2, pp. 2-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) - *Avian influenza: assessing the pandemic threat*. WHO, s.l.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b) - *WHO global influenza preparedness plan: the role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics*. WHO, s.l.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005c) - *Responding to the avian influenza pandemic threat*. WHO, s.l.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005d) - *WHO outbreak communication guidelines*. WHO, s.l.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) - *H5N1 avian influenza: timeline* (8 May 2006).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006b) - *Questions and answers on avian influenza: a selection of frequently asked questions on animals, food and water* (Executive version). WHO, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, FAO, UNICEF (2006) - *WHO/FAO/UNICEF adhoc meeting on behavioural interventions for avian influenza risk reduction: summary and recommendations* (14-16 March 2006). WHO, Geneva.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2002) - *Communicating in a crisis: risk communication guidelines for public officials*. Department of Health and Human Services, Washington, D.C.